

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N^o 72

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Léon-Henri-Joseph COUTURE

Né à Cliponville (Seine-Inférieure), le 8 juin 1884
Ancien interne des Hôpitaux de Rouen
Médaille des Hôpitaux 1904

Des Pseudo-Kystes Traumatiques
DU PANCRÉAS

Président : M. SEGOND, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910

72

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Léon-Henri-Joseph COUTURE

Né à Cliponville (Seine-Inférieure), le 8 juin 1884

Ancien interne des Hôpitaux de Rouen

Médaille des Hôpitaux 1904

Des Pseudo-Kystes Traumatiques
DU PANCRÉAS



Président : M. SEGOND, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
Clinique médicale.	ROGER
	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

A GRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECONDE

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR HALIPRÉ
(Externat 1904)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CERNÉ
(Externat 1905)

MONSIEUR LE DOCTEUR PETITCLERC
(Externat 1906.— Internat 1909)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BATAILLE
(Internat 1907)

MONSIEUR LE DOCTEUR DIDIER
(Internat 1908)

MONSIEUR LE DOCTEUR SALLES
(Internat 1910)

Des Pseudo - Kystes Traumatiques

DU PANCRÉAS

INTRODUCTION

Dans un mémoire, publié en 1903 dans la *Revue de Chirurgie*, sur un cas de kyste du pancréas, Greene Cumston, de Boston, proposait de diviser les formations kystiques de cet organe en quatre groupes : 1° kystes par rétention du conduit excréteur ; 2° kystes proliférants du parenchyme glandulaire ou adénomes kystiques ; 3° kystes par rétention dans les vésicules glandulaires et les plus petits canaux excréteurs ; 4° pseudo-kystes d'origine inflammatoire ou traumatique. Il nous a semblé que, parmi ces derniers, les pseudo-kystes traumatiques méritaient une place à part, bien distincte, et c'est d'eux seuls que nous nous occuperons ici.

Les progrès accomplis pendant ces dix dernières années dans la chirurgie du pancréas, la plus grande attention apportée au diagnostic des affections de

cet organe, les interventions plus nombreuses, pratiquées au cours des traumatismes abdominaux, ont permis de remarquer que le pancréas, malgré sa situation profonde, était lésé d'une façon relativement fréquente par des chocs sur la région épigastrique et hypochondriaque gauche, d'une intensité quelquefois modérée. Les publications des lésions traumatiques ont contribué à éclairer la pathogénie de tout un groupe de cas, dont les observations ont été publiées sous le nom de kystes du pancréas, et dont un traumatisme marque très nettement le début. En réunissant un certain nombre de ces observations, nous avons pu constater combien peu variaient la symptomatologie, d'ailleurs pas très riche ni très caractéristique de l'affection, et son évolution, et combien devaient servir à établir le diagnostic, la notion du traumatisme et les phénomènes initiaux consécutifs.

Nous devons l'inspiration de ce travail à notre maître, M. le professeur François Hue, qui a eu l'extrême obligeance de nous communiquer l'observation très complète d'un ouvrier, pour lequel il avait diagnostiqué un pseudo-kyste de l'arrière-cavité des épiploons, d'origine pancréatique, et qu'il a opéré avec succès. Nous sommes heureux de lui offrir, pour sa bienveillance habituelle et pour les nombreux services qu'il nous a rendus, le témoignage de notre profonde gratitude.

M. le professeur Segond nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre

thèse, nous lui en exprimons tous nos remerciements.

Nous ne voudrions pas terminer nos études médicales et laisser les hôpitaux, sans manifester notre profond attachement et notre reconnaissance la plus sincère à M. le Dr Didier, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne pendant une année, et qui nous a prodigué, sans compter, ses soins éclairés et dévoués, pendant les longs jours d'une pénible maladie.

Nous associons dans le même sentiment de reconnaissance tous ceux qui nous ont marqué leur sympathie pendant ces jours, nos maîtres dans les hôpitaux et à l'école, nos camarades d'internat et ceux-là surtout, dont l'amitié sûre et fidèle, commencée sur les bancs du collège, ne nous fit jamais défaut aux heures les plus dures de l'existence.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Il y a peu d'années encore, on considérait comme une rareté les lésions traumatiques du pancréas, que l'on croyait protégé par sa situation profonde. Les antécédents traumatiques, relevés dans l'histoire d'un certain nombre de malades, porteurs de kystes pancréatiques, faisaient admettre leur influence probable dans la production et l'évolution de ces affections.

Aujourd'hui, après les publications de Cumston, Guinard, Reynier, Walther, Böeckel, Garré, Blecher, les blessures du pancréas sont reconnues plus fréquentes; et en présence des données nouvelles, fournies par l'étude comparative des observations anciennes et des cas plus récents d'une part, et d'autre part, recueillies au cours de laparotomies effectuées immédiatement après le traumatisme, il semble qu'il faille attribuer à ce dernier un rôle plus important, qu'il y ait entre le traumatisme et la production du kyste une relation de cause à effet.

Cliniquement, l'affection débute au traumatisme et évolue d'une façon continue jusqu'à l'apparition de la tumeur. Rien auparavant n'indique chez l'indi-

vidu atteint un trouble fonctionnel quelconque de la glande pancréatique ; et bien que la tumeur apparaisse seulement un certain temps, un mois, deux mois et plus après l'accident, bien que le blessé présente une période d'amélioration notable, qui lui permet même quelquefois de reprendre ses occupations, il ressort de l'étude des observations publiées, que cette accalmie ne peut être regardée comme une guérison complète, que le malade ne revient pas à son état normal et continue à maigrir, ce qui montre l'évolution latente d'une lésion, que l'apparition d'une poche kystique rendra bientôt évidente.

De plus, la constatation, pendant les jours qui suivent le traumatisme, de phénomènes traduisant les troubles de la fonction glandulaire, ont pu, dans quelques cas, rares il est vrai, indiquer la blessure du pancréas.

On peut donc envisager la formation kystique comme l'aboutissant de la blessure initiale.

De nombreuses laparotomies pratiquées à la suite de traumatismes abdominaux ont montré que cette blessure initiale était différente suivant les cas.

Garré (de Kœnigsberg), au Congrès de Chirurgie en 1905, cite 1 cas de kyste traumatique du pancréas où il a trouvé une rupture complète de cet organe.

Blecher (de Brandebourg), au XXXV^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie, rapporte 1 cas de rupture du pancréas ayant donné lieu à un hématome chez un jeune homme de vingt-trois ans,

qui avait reçu un coup de pied de cheval à l'épigastre, et présentait une douleur vive, des vomissements, une diminution rapide des forces.

Walther, en 1905, opère un malade de dix-sept ans renversé par un omnibus, onze heures après l'accident, et trouve un broiement complet de la tête du pancréas avec déchirure du petit épiploon et de la coronaire stomachique. Enfin Guinard, dans son rapport à la Société de Chirurgie de Paris en juin 1908, cite l'observation suivante de contusion isolée du pancréas :

« Un garçon de treize ans, étant à bicyclette, est violemment renversé par une charrette. On ne constate tout d'abord qu'une fracture de la clavicule, mais le lendemain le blessé est pris de vomissements, la température s'élève et le ventre devient douloureux et météorisé. M. Picqué, appelé, conclut à l'existence d'une péritonite enkystée et pratique une laparotomie sus-ombilicale. Le péritoine incisé, aucun liquide ne s'écoule, mais en relevant le bord libre du lobe gauche du foie, on ouvre une cavité d'où s'échappe un liquide un peu louche, qui semble collecté au-dessus de l'estomac. On assèche le foyer, et on trouve dans la profondeur, au-devant de la colonne vertébrale, une saillie dure et arrondie, à surface blanchâtre. Le doigt fait le tour de cette masse en haut, à gauche et en bas, et on peut l'attirer en avant ; elle ne tient qu'à droite. On sectionne cette adhérence, on lie une artériole, ouverte par cette manœuvre et on tamponne la cavité. Les suites opératoires furent

des plus simples, au bout d'un mois il ne restait plus qu'un petit trajet fistuleux par où s'écoulait abondamment du suc pancréatique. La pièce enlevée présentait à la coupe l'aspect macroscopique du tissu glandulaire, et l'examen histologique montre qu'il s'agissait du pancréas. »

D'après ces quelques faits, il faut bien admettre que le pancréas peut être lésé comme les autres organes abdominaux, et même lésé isolément. Par quel mécanisme se produisent ces lésions ? Pour Guinard, la paroi abdominale se déprime suffisamment sous l'influence du choc pour permettre la compression de la portion moyenne du pancréas contre la colonne vertébrale ; ce qui nous paraît corroborer cette opinion, c'est que l'objet traumatisant agit souvent par une surface vulnérante relativement petite, capable par conséquent de déprimer plus facilement la paroi (pied de cheval, dos d'une chaise, timon de voiture, etc.). Et de plus, ce sont les lésions de la tête et de la portion moyenne du pancréas qui sont trouvées le plus souvent. Auvray pense plutôt que sous l'action du choc, le ligament pancréatico-splénique se tend brusquement, et occasionne ainsi la rupture indirecte de la glande. Ce mécanisme nous paraît assez rare, mais il explique bien certaines déchirures pancréatiques, consécutives à un traumatisme de la région splénique, agissant dans le sens antéro-postérieur.

Quels que soient la cause et le mécanisme des lésions pancréatiques, celles-ci peuvent se présenter

sous différents aspects. Dans les cas les plus graves, on trouve un véritable broiement d'une portion considérable de la glande, accompagné ou non de blessures des organes voisins. D'autres fois, c'est une rupture complète qui détache un fragment de glande plus ou moins volumineux. Ces graves désordres, on le comprend, ne donneront pas naissance à une collection kystique : ou ils entraînent une mort rapide, ou ils nécessitent une intervention d'urgence. Mais la déchirure du tissu glandulaire peut être minime, elle peut même n'ouvrir que quelques vaisseaux sanguins, ou quelques canalicules excréteurs. Enfin, le tissu glandulaire peut être simplement contus sur une étendue plus ou moins grande.

S'il y a une ouverture des canalicules excréteurs, il s'ensuit une fistule traumatique qui déverse continuellement du suc pancréatique soit sous le péritoine, soit dans l'arrière-cavité des épiploons, suivant que le péritoine pariétal postérieur est intact ou non, et c'est cet épanchement progressif, enkysté dans la cavité préformée ou dans la cavité de nouvelle formation, qui constitue le pseudo-kyste.

Dans les cas où le traumatisme détermine soit un hématome par rupture de vaisseaux sanguins, soit une simple contusion limitée, il peut encore se former un pseudo-kyste. Car ces lésions sont des foyers favorables à l'action irritante et destructive du suc pancréatique et à l'action nécrosante des toxines microbiennes. Et l'ouverture secondaire et tardive des canaux contenus dans ces foyers donnera lieu à

un épanchement de suc pancréatique enkysté.

En résumé, le traumatisme produit une solution de continuité des canaux excréteurs ou des acini glandulaires, soit directement par déchirure, soit indirectement, en favorisant au niveau des points contus l'action destructive du suc pancréatique et des toxines microbiennes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les pseudo-kystes traumatiques du pancréas sont volumineux et ont un développement progressif. Ils ont généralement des dimensions variant du volume d'une tête de fœtus à celui d'une tête d'adulte, mais peuvent atteindre des proportions vraiment gigantesques, comme celui qui est relaté dans l'observation XI.

Ils contiennent habituellement un liquide un peu épais, ordinairement louche, de coloration variable, jaune citrin, verdâtre ou brunâtre. L'analyse chimique de ce liquide permet rarement d'y déceler les ferments pancréatiques, et comme, après l'incision opératoire de la poche, la fistule créée donne issue à du suc pancréatique à peu près pur, il faut admettre que les éléments du suc pancréatique se transforment ou se résorbent à l'intérieur du kyste. Le plus communément ce liquide est alcalin, peu dense, contenant un peu de chlorure de sodium, de l'albumine, des traces de cholestérine, des globules gras plus ou moins abondants, quelques lymphocytes et parfois des globules sanguins.

La paroi du kyste, quelquefois très épaisse, est

généralement lisse, adhérent plus ou moins aux organes environnants. L'examen histologique, qui n'a pas été pratiqué très souvent, n'a jamais permis de voir la moindre trace d'épithélium à la face interne, ni rien qui rappelle le pancréas. La paroi est uniquement constituée par du tissu fibreux, quelquefois disposé en couches lamelleuses.

SYMPTOMATOLOGIE

On divise habituellement l'étude symptomatologique des kystes pancréatiques en symptômes dus au trouble fonctionnel de la glande, et symptômes dus au développement d'une tumeur volumineuse, pouvant comprimer des organes importants de la région abdominale supérieure.

La relation de cause à effet, qui unit le traumatisme au développement de la poche pseudo-kystique, nous paraît justifier l'adjonction de l'étude des phénomènes initiaux, qui suivent immédiatement l'accident, à l'étude des symptômes ci-dessus, que nous appellerons symptômes tardifs.

I. — SYMPTÔMES INITIAUX

L'histoire du traumatisme initial est presque toujours la même. Il s'agit d'un individu, qui reçoit un coup dans la partie supérieure de l'abdomen, ou se trouve comprimé entre deux forces adverses. Il tombe, quelquefois perd connaissance, à cause, ou de la douleur violente, ou du phénomène d'inhibition réflexe qui accompagne généralement les chocs épigastriques.

La douleur persiste, tantôt sourde, tantôt aiguë et lancinante, continue ou intermittente, siégeant au point contus le plus souvent, ou autour de l'ombilic.

Elle s'accompagne de vomissements alimentaires ou bilieux. L'apparition de ces vomissements est quelquefois très précoce. Ils surviennent alors au moment même de l'accident et peuvent être envisagés comme la conséquence directe de la contusion de l'estomac. Quand ils sont tardifs, commençant une heure et plus après l'accident, ils paraissent marquer le début de la réaction péritonéale et s'accompagnent souvent de météorisme abdominal, de constipation; mais la température ordinairement reste normale, ou s'élève légèrement, et le pouls, bien qu'accélééré et dépressible, ne revêt pas les caractères du pouls péritonéal.

Le malade présente parfois, dès cette époque, de la diarrhée, comme c'était le cas dans l'observation VI, et nous pensons qu'il faut voir dans ce phénomène l'expression d'un trouble fonctionnel du pancréas, surtout si elle coexiste avec une digestion imparfaite des matières grasses; mais ces deux symptômes, diarrhée et stéarrhée, nous paraissent rares.

La sialorrhée, abondante et continue, signalée dans l'observation de M. le professeur François Hue, et sur laquelle nous insistons à dessein, nous paraît mériter d'être recherchée avec le plus grand soin, dans l'interrogatoire du malade. Peut-être sa constatation serait-elle plus fréquente qu'elle ne l'a été jusqu'ici. En effet, signalée également par Walther,

comme symptôme précoce, dans un cas d'écrasement de la tête du pancréas, présenté par lui à la Société de Chirurgie en juin 1908, elle paraît traduire un acte réflexe, à point de départ pancréatique, dû à une lésion de cet organe. D'ailleurs, on la trouve plusieurs fois mentionnée dans les observations de kystes du pancréas, d'origine non-traumatique.

Les signes physiques constatés à cette époque sont variables et n'ont rien de caractéristique. Le palper, douloureux, est gêné par la contracture des muscles abdominaux et la percussion du ventre météorisé donne une sonorité tympanique. Souvent, le malade se tient assis dans son lit, incliné du côté blessé, pour atténuer la douleur. Il respire péniblement, parce que chaque mouvement du diaphragme réveille sa souffrance.

II. — SYMPTOMES TARDIFS

Peu à peu, les phénomènes douloureux s'atténuent, les vomissements cessent, l'appétit revient un peu, les malades se croient guéris ; mais de temps à autre réapparaissent quelques douleurs autour de l'ombilic ; ils mangent moins bien qu'avant l'accident ; ils maigrissent. Cette période d'amélioration est quelquefois telle, qu'elle semble une guérison définitive. D'autres fois, elle est marquée par la prédominance d'un symptôme, comme les crises douloureuses, dans l'observation de Tillaux et dans l'observa-

tion IX, ou bien elle est très courte et passe presque inaperçue, comme dans notre observation personnelle.

Signes de compression. — Un mois, deux mois et quelquefois plus après l'accident, surviennent des crises douloureuses et une tumeur apparaît.

Les crises douloureuses se produisent d'une façon très irrégulière et ne sont pas toujours influencées par l'ingestion des aliments. Elles siègent autour de l'ombilic ou au creux épigastrique et s'irradient, tantôt dans l'épaule droite, tantôt dans l'épaule gauche. Elles revêtent parfois le caractère de névralgies cardiaques. Elles sont alors très vives, angoissantes, et s'irradient dans le bras gauche.

Ces crises s'accompagnent presque toujours de nausées et de vomissements. Ceux-ci, alimentaires le plus souvent, atténuent où font disparaître les douleurs.

Lorsque la tumeur siège sur la tête du pancréas ou sur la portion du corps avoisinante, elle peut comprimer les voies biliaires et donner lieu à des phénomènes de rétention biliaire. De là, ces crises d'ictère avec douleur et gonflement hépatique, qui ont quelquefois égaré le diagnostic.

Un accident souvent observé est la compression du pylore, d'où peuvent résulter des symptômes gastriques sérieux, comme chez le malade de l'observation I. Il se produit alors des vomissements incoercibles, une stase gastrique avec fermentation et dilatation consécutive de l'organe, une dénutrition

rapide, qui vient s'ajouter aux symptômes d'amaigrissement habituels.

Enfin, l'occlusion intestinale, due à la compression du côlon, est également possible.

Signes physiques dus à la présence d'une tumeur. —

La tumeur apparaît, en général, trois à six ou huit semaines après le traumatisme. Dès qu'elle acquiert un certain volume, elle montre sa présence par une voussure à la partie supérieure de l'abdomen, en un siège, variable avec son point d'origine, et qui est parfois due, non pas à la tumeur elle-même, mais à un organe, côlon ou estomac, placé au-devant d'elle ou déplacé par elle.

La palpation permet d'apprécier la forme, le volume et la consistance de cette tumeur. Parfois arrondie, lisse et bien limitée, elle est dans certains cas volumineuse, sans limites précises. Elle donne la sensation de rénitence et de fluctuation. A la percussion, on perçoit habituellement des zones sonores et des zones mates, suivant la situation des organes creux par rapport à elle. L'estomac, en effet, peut être refoulé tantôt directement en avant, tantôt en haut, ou bien en haut et à droite, ou en haut et à gauche. Le côlon est, le plus souvent, repoussé en bas, mais on peut le trouver en avant de la tumeur.

La position de l'estomac est surtout importante à réparer. Dans certains cas, semblables à celui de l'observation I, cela est facile. L'organe dilaté, rempli de liquide et de gaz, donne à la succussion un clapotement, un bruit hydro-aérique, sur lequel

Le Dentu a insisté avec juste raison dans son observation personnelle. La zone sonore trouvée à la percussion se déplace dans des limites données, suivant la position du malade. Mais souvent l'estomac est vide, non-dilaté, ne contient pas de gaz. Il est mat, et sa matité se confond avec celle du pseudo-kyste. Dans ces cas, on a pu constater parfois à l'inspection, les mouvements péristaltiques ; mais habituellement, il faut recourir à la dilation artificielle au moyen de la potion de Rivière. Après dilatation, l'estomac vient toujours se mettre, en partie, au-devant de la tumeur.

Pour répérer le côlon, les Allemands ont préconisé l'insufflation par le rectum ; mais ce procédé, mal accepté par le malade, peut être abandonné sans inconvénient. Il suffit, en général, de savoir que la tumeur est située en arrière de l'estomac.

Signes pancréatiques proprement dits. — Ces signes, habituellement, sont peu marqués ou n'existent pas. Et les différents procédés employés, pour s'assurer que la glande déverse dans l'intestin ses produits de sécrétion, ne donnent que des résultats négatifs. La stéarrhée et la diarrhée sont cependant signalées dans quelques cas.

L'amaigrissement rapide et progressif, la diminution des forces ne font jamais défaut ; on peut dire que c'est là le signe le plus caractéristique des affections pancréatiques en général. On a invoqué, pour expliquer ces phénomènes, les troubles de la sécrétion interne. Mais, l'accroissement continu du

pseudo-kyste et l'absence de symptômes intestinaux montre que la sécrétion externe est peu troublée. Pourquoi admettre alors que la sécrétion interne seule, subit une modification assez profonde pour amener les désordres généraux graves dans la nutrition de l'individu ? Et ne pourrait-on pas expliquer l'amaigrissement des sujets porteurs de pseudo-kystes traumatiques du pancréas, par les lésions du riche plexus nerveux de la région cœliaque, lésions produites, soit directement par le traumatisme, soit indirectement par compression de la part de la tumeur.

Mais il existe aussi des phénomènes que nous appellerons réflexes, et qui sont apparus plusieurs fois dans les traumatismes du pancréas, quelquefois même d'une façon précoce, sur lesquels nous avons déjà insisté, c'est la salivation abondante, suivie de parotidite. Cette sialorrhée peut être d'une intensité vraiment remarquable et gêner énormément le malade, comme c'était le cas dans l'observation I. Il convient de la rechercher avec soin, car on conçoit qu'une sialorrhée de moyenne abondance puisse passer inaperçue, parce que peu gênante. Il était intéressant d'appeler l'attention sur la parotidite qui succède habituellement à ces troubles des glandes salivaires. Signalée par François Hue et par Walther, elle ne s'accompagne pas de symptômes graves et se termine rapidement. Elle paraît causée par le surmenage de la glande.

225119 225120 225121

2011

147

2011.01.10

el yegre de color

ÉVOLUTION

Quand on compare les différentes observations des kystes pancréatiques, dont l'histoire nous révèle nettement le traumatisme initial, on est frappé de la parfaite analogie qui existe entre elles. Nous avons toujours affaire à un sujet, ordinairement bien portant jusque-là, qui, subissant un choc plus ou moins violent dans la partie supérieure de l'abdomen, présente des symptômes de réaction péritonéale pendant quelques jours. A cette période de début, succède une phase d'amélioration, permettant quelquefois au malade de reprendre ses occupations, mais sans que jamais il recouvre son état de santé antérieur à l'accident. Puis, dans une troisième période, les douleurs augmentent à nouveau, des symptômes variés traduisent, ou l'irritation, ou la compression d'organes importants, dues à l'apparition d'une tumeur bientôt évidente, pendant qu'un état général grave achemine le malade vers la cachexie et la mort. Mais, heureusement, le traitement chirurgical intervient et nous voyons que presque tous les cas de pseudo-kystes traumatiques se sont terminés par la guérison.

DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons indiqué plus longuement, en étudiant les symptômes des pseudo-kystes du pancréas, ceux-ci peuvent être diagnostiqués d'après un ensemble de constatations, portant essentiellement sur la présence d'une tumeur épigastrique ou para-ombilicale, l'existence de symptômes pancréatiques tels que sialorrhée, diarrhée, stéarrhée, enfin la notion du traumatisme initial et des phénomènes qui l'ont immédiatement suivi.

Mais souvent, *on ne songe guère à établir un tel diagnostic* et l'on pense plutôt à toute autre chose. Des affections diverses peuvent ainsi faire échec au diagnostic, dont nous allons passer en revue au moins les principales.

Le diagnostic peut être à faire à l'une des trois périodes de l'évolution des pseudo-kystes.

A la première période, on se trouve surtout en face de phénomènes péritonéaux.

Ici, les sujets d'erreur sont multiples et chaque symptôme observé (vomissements biliaires, météorisme abdominal, pouls petit et dépressible, etc.) se retrouve dans tous les traumatismes abdominaux.

Rappelons seulement alors l'importance de la notion du traumatisme, à moins que, dès cette époque, apparaissent des symptômes pancréatiques, surtout la sialorrhée. Le diagnostic est à peu près impossible à cette période. Quoi qu'il en soit, tout traumatisme de la région abdominale supérieure doit attirer l'attention sur le pancréas.

Plus tard, deux faits dominant : la présence d'une tumeur et l'existence de symptômes pancréatiques. Il faut donc songer d'abord, pour les éliminer, à toutes les tumeurs du voisinage.

Après s'être assuré que la tumeur abdominale est indépendante de la paroi, que sa mobilité n'est pas influencée par la fixation et la contraction de celle-ci, on mettra immédiatement hors de cause les organes du petit bassin : le sens du développement de la tumeur et le toucher vaginal suffiront en général à convaincre le clinicien qu'il ne s'agit pas d'un kyste de l'ovaire.

Une tumeur épigastrique fera penser naturellement à un néoplasme de l'estomac. Mais le siège de la tumeur en arrière de cet organe, l'absence de cachexie cancéreuse, les commémoratifs et l'évolution plus rapide feront rejeter cette hypothèse.

On devra songer aussi à un anévrysme de l'aorte abdominale, d'autant plus que les pulsations peuvent être transmises à la paroi par l'intermédiaire de la tumeur. Mais si l'on perçoit des pulsations, on n'aura pas l'expansion de la tumeur, comme cela se produit dans les cas d'ectasie aortique. La notion de

l'évolution rapide de la tumeur, consécutive au traumatisme, sera également d'un précieux secours.

Un néoplasme du côlon transverse donnera également une tumeur, mais, en dehors des signes de stagnation des matières, celle-ci sera dure, non-rénitente, très mobile, surtout de haut en bas, autour du méso-côlon comme charnière, déplacée par la réplétion du gros intestin à l'aide de 2 ou 3 litres d'eau.

En principe, l'existence d'une zone de sonorité entre la tumeur et le rebord des fausses côtes élimine l'hypothèse d'une tumeur du foie ou de la rate. Celle-ci, d'ailleurs, sera plus fixe et située plus latéralement qu'un kyste du pancréas. Cependant, certains kystes de ces organes peuvent se pédiculiser, devenir très mobiles, et laisser entre eux et les fausses côtes une zone sonore, due aux organes creux sous-jacents. Généralement, la matité de la tumeur pancréatique se continue sans ligne de démarcation avec la matité hépatique ou splénique, ce qui rend extrêmement difficile le diagnostic. L'absence seule des symptômes propres aux affections de ces organes pourra permettre de les éliminer.

Les tumeurs rénales sont également plus latérales et plus mobiles ; en outre, des symptômes s'ajouteront du côté des urines, qui pourront guider le diagnostic. Mais très souvent, un kyste pancréatique très volumineux, comme c'était le cas dans plusieurs de nos observations, sera perceptible dans la région lombaire et donnera ainsi une sensation de

rénitence par le palper bimanuel; d'où encore grosse difficulté du diagnostic.

La différenciation sera à faire aussi avec les productions du mésentère, qui gardent une situation médiane et sont fluctuantes. Mais ces kystes du mésentère sont en général plus développés à droite, leur mobilité est beaucoup plus grande, verticale ou transversale, surtout de droite à gauche, ils ne sont pas influencés par les mouvements de la respiration.

D'une façon générale, pour toutes les affections que nous venons d'étudier, on pourra s'aider de la méthode d'exploration décrite par Minkowski. Celle-ci repose sur ce principe, que sous l'influence de la dilatation de l'estomac et de l'intestin (par ingestion de bicarbonate de soude et d'acide tartrique dans le premier cas, et par injection de 2 ou 3 litres d'eau dans le second cas) les tumeurs abdominales tendent à regagner le siège, normalement occupé par l'organe qu'elles ont envahi. Si donc, il s'agit d'un kyste du pancréas, celui-ci ne devra pas changer de situation.

Une source d'erreur des plus fréquentes sera la présence des kystes hydatiques des organes de la région. Et l'on sait combien ils peuvent être nombreux. Ceux-ci peuvent, en effet, se développer au niveau du foie, de la rate, du rein, de la paroi stomacale, de la colonne vertébrale, du mésentère, etc.

Leur évolution est plus lente, les douleurs moins vives, le traumatisme absent, et dans tous les cas,

la laparotomie s'impose. Car, il y a un égal danger à ponctionner les kystes hydatiques et les kystes du pancréas. Dans le premier cas, il faut redouter l'ensemencement du péritoine ; dans le second, l'infection péritonéale, l'ouverture de vaisseaux volumineux ou d'organes situés en avant de la tumeur.

Les pseudo-kystes, surtout ceux formés par un épanchement de suc pancréatique dans l'arrière-cavité des épiploons, pourront offrir de sérieuses difficultés de diagnostic avec les abcès gazeux sous-phréniques. Dans ce cas, la notion de traumatisme manque, ils sont accompagnés de symptômes péritonéaux et généraux beaucoup plus graves et ils évoluent à la suite d'une ulcération de l'estomac.

Les affections des autres organes éliminés, nous restons en présence d'une lésion pancréatique. Ici, plus que jamais, le diagnostic devient très difficile, sinon même impossible parfois.

Le cancer du pancréas, et plus spécialement de la tête, s'affirme par l'âge du malade, l'évolution de la tumeur, la cachexie et la rétention biliaire fréquente. Notons cependant que certains kystes de la tête du pancréas donnent lieu à l'ictère.

La pancréatite hémorragique aiguë sera très difficile à différencier d'un kyste du pancréas. Les symptômes dramatiques du début sont suivis d'une période d'amélioration, après laquelle apparaît une tumeur, comme cela a lieu dans le cas d'un kyste du pancréas. Mais ici la notion du traumatisme initial fait défaut et le début est plus solennel. En

outre, il existe dans ces cas un élément infectieux qui manque dans les pseudo-kystes.

Restent à différencier les diverses sortes de kystes du pancréas. Certains succèdent à des pancréatites chroniques, ayant donné lieu d'abord à des symptômes digestifs avec selles graisseuses. D'autres sont dus à l'altération des canaux excréteurs par des calculs qui provoquent la colique pancréatique, décrite par Lancereaux. Il en reste enfin qui relèvent d'un processus néoplasique. Ces kystes, en général, se développent moins rapidement, sont moins volumineux, et n'apparaissent qu'à une période terminale, ayant été longtemps précédés par des crises douloureuses (névralgies cœliaques de Friedreich.)

En résumé, qu'il s'agisse ou non d'une affection pancréatique, le diagnostic des pseudo-kystes du pancréas est d'une difficulté toujours considérable. La notion du traumatisme et l'évolution rapide tendant au développement d'une tumeur épigastrique, en l'absence de toute manifestation infectieuse ou pancréatique grave, sont d'une importance capitale et doivent attirer l'attention vers le pancréas, auquel on ne pense guère habituellement.

TRAITEMENT

A l'heure actuelle, on a renoncé complètement à l'ablation totale de la poche kystique, qui d'ailleurs est presque impossible. Trois procédés restent en présence : la marsupialisation en deux temps, la marsupialisation en un temps, la marsupialisation avec drainage de la poche à travers la paroi lombaire.

La marsupialisation en deux temps, que l'on trouve dans les premières observations, et qui a d'ailleurs donné d'excellents résultats, nous semble devoir être abandonnée aujourd'hui. La sécurité que nous assure une asepsie plus parfaite, nous dispense d'exposer le malade aux inconvénients d'une double anesthésie.

Aussi, procède-t-on en une seule fois, dès le diagnostic posé, à la marsupialisation du kyste. Après aseptisation de la paroi abdominale et préparation du champ opératoire, on pratique l'incision, soit sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, soit sur le point culminant de la tumeur. La paroi abdominale ouverte, il faut se rendre compte de la situation exacte de l'estomac et du côlon transverse.

Le kyste ne sera ouvert qu'après évacuation de

son contenu au moyen de l'aspirateur, et protection par des compresses stériles de la grande cavité péritonéale. On l'asséchera le plus possible et il sera bon d'explorer avec prudence sa paroi interne, pour procéder à la suture pancréatique au cas où l'on trouverait une rupture de cet organe, comme cela existait chez le malade de Garré. On place alors dans la poche deux gros drains en canon de fusil et on suture l'ouverture du kyste au péritoine pariétal, par un surjet à la soie. On termine comme dans toute laparotomie.

Dans les cas où le pseudo-kyste est très volumineux et quand on craint l'infection, on pourra procéder, comme l'a fait M. le professeur Dayot dans le cas rapporté par Hardouin, au drainage par la paroi lombaire. Après incision de cette paroi, une longue pince, introduite profondément dans la poche par l'ouverture abdominale, servira de guide au bistouri pour pratiquer l'incision de la paroi postérieure ainsi déprimée. On laissera deux drains dans l'ouverture et on fermera le reste comme d'ordinaire.

La suite habituelle de ces opérations est une fistule donnant en plus ou moins grande abondance du suc pancréatique à peu près pur. Chez le blessé de M. le professeur François Hue, on pouvait recueillir jusqu'à 420 centimètres cubes de suc pancréatique dans les vingt-quatre heures. Souvent, ces fistules, se tarissent d'elles-mêmes et progressivement, en un temps variable de un à plusieurs mois ; mais il

arrive parfois qu'elles sont interminables, comme dans le cas de Tillaux. Contre ces fistules, Wohlge-muth a préconisé le régime antidiabétique combiné aux alcalins. Reynier a obtenu, par ce procédé, un heureux résultat, dans le cas cité plus haut. Et Tuffier, chez un sujet, porteur d'une fistule pancréatique, a obtenu par le régime antidiabétique un résultat immédiat. L'écoulement réapparut avec la cessation et tarit à nouveau avec la reprise du régime, qui, prolongé un certain temps, amena la guérison définitive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Professeur François Hue)

Le 27 novembre 1909, à 6 h. 1/4 du soir, M. R..., vingt-huit ans, revenait de son travail, monté sur sa bicyclette et longeant lentement le trottoir de droite de la chaussée. Le long du trottoir de gauche stationnait une charrette de boulanger sans lanterne. Une voiture arrive en sens inverse de l'ouvrier, le cheval prend peur devant la charrette non éclairée et la voiture vient heurter brutalement R..., qui reçoit un peu à gauche de l'épigastre, le brancard de gauche. Projeté sur le trottoir, R... ne perd pas connaissance et se traîne quelques mètres pour éviter la voiture. Relevé et soutenu par deux hommes, il gagne son domicile et se couche aussitôt, ayant pris une cuillère de sirop d'éther. La douleur est violente. Une heure après l'accident, commencent les vomissements alimentaires, puis bilieux, qui continuent le lendemain et jours suivants et qui, à aucun moment, n'ont été mélangés de sang. Pour atténuer la violence de la douleur, que n'apaise aucun calmant, le malade essaie d'abord de se lever, puis reste assis sur son lit, incliné sur le côté gauche, en proie à une dyspnée vive, sans pouvoir prendre d'aliments, salivant abondamment, et ne goûtant aucun repos. La température est toujours trouvée normale. Une seule fois,

le 24 décembre, le Dr Kuhn, qui soigne le malade, constate une selle abondante, marc de café.

Quand je fus appelé à voir le blessé, les choses continuaient ainsi depuis un mois environ. Il y avait eu quelques jours d'accalmie pendant lesquels R... avait pu se lever, sortir même, pour aller consulter son médecin, mais ce mieux n'avait pas duré, et il lui était impossible maintenant de quitter le lit.

Le blessé, petit et peu vigoureux, était fort amaigri ; son alimentation était des plus précaires, entravée constamment par les vomissements, et ne consistait guère qu'en quelques tasses de lait. La respiration était gênée, mais sans véritable oppression.

Depuis quelques jours, l'entourage avait remarqué qu'au niveau, ou à peu près, du point atteint par le brancard de la voiture, il apparaissait « une bosse » et avait attiré sur ce fait l'attention du Dr Kuhn. Au début, tout le ventre avait été douloureux, à droite, dans la fosse iliaque principalement. Maintenant, la douleur semblait plus localisée dans l'étage supérieur de l'abdomen, et on trouvait les fosses iliaques assez souples. Les fonctions intestinales et vésicales étaient à peu près normales.

Le malade, à demi assis dans son lit, le facies douloureux, est abattu par cette insomnie que la morphine ne calme pas. A l'examen, on trouve une tuméfaction manifeste qui soulève l'épigastre, mais bombe surtout vers le rebord chondro-costal gauche. A ce niveau le ventre est tendu et très douloureux à la palpation, sans changement de coloration de la peau.

La tuméfaction est rénitente. La région rénale gauche n'est pas souple, mais bien encombrée aussi. La région rénale droite

au contraire est dépressible. Cependant, on ne se renvoie pas de flot de la région rénale gauche à l'épigastre. Toute cette région tuméfiée est mate. La matité qui se confond avec celle du foie est surtout étendue vers la ligne médiane où elle va de la ligne intermamellaire à l'ombilic. Sur cette zone mate se trouve un îlot skodique qui se déplace seulement quand le blessé se tourne à gauche, sonorité skodique avec succussion qui paraît due à des gaz stomacaux, comme si l'estomac était repoussé en avant et en haut.

En proie à une sialorrhée abondante, le blessé crache constamment.

L'urine ne contient pas de sucre.

Température 36°8. Pouls à 60 degrés.

Une ponction pratiquée sur la partie saillante de la tumeur, avec une aiguille fine de Pravaz, donne issue à un liquide légèrement louche, aqueux, venant en abondance.

Je pense à une collection liquide de l'arrière-cavité des épiploons, à départ pancréatique probable.

31 décembre. — *Opération.*

Chloroforme. Asepsie habituelle, gants, masque, etc. Incision de 7 centimètres sur le point culminant mat, dans le sens des fibres du grand droit gauche, qui sont écartées. Le péritoine ouvert, on aperçoit la paroi antérieure de la collection, formée par l'épiploon gastro colique. En effet, en haut et à droite se trouve la grande courbure de l'estomac avec les vaisseaux gastro-épiploïques; et, en attirant de bas en haut cette paroi très vasculaire et d'aspect friable, on amène le bord antérieur du côlon : c'est donc bien une collection de l'arrière-cavité.

Une ponction, à l'aiguille de Pravaz, fait une brèche qui a

tendance à s'agrandir, et par laquelle un liquide presque clair jaillit en source.

Le péritoine est protégé par des compresses, et l'aspiration faite par un gros trocart à kystes de l'ovaire. Elle donne près de 2 litres de liquide d'allure ascitique, légèrement louche.

La rétraction de la toile épiploïque fait que l'orifice de la ponction n'est pas à plus de 2 cm. $1/2$ de la grande courbure stomacale. Cet orifice est agrandi par déchirure, de façon à permettre la pénétration de l'index ganté.

La paroi interne de la poche paraît lisse partout, et on perçoit sous le doigt le relief de tous les organes de l'arrière-cavité, sans solution de continuité apparente. Un fragment de la paroi antérieure est prélevé pour l'examen histologique.

Les bords de la perforation épiploïque sont suturés par un surjet à la soie, au péritoine pariétal; deux gros drains en caoutchouc remplissent l'orifice. Le reste du péritoine pariétal, par en bas, est fermé avec trois points séparés à la soie. Sutures, au catgut du muscle, au crin de la peau. Pansement aseptique.

1^{er} janvier. — Pansement inondé de sérosité. Pas de fièvre. Bon état général. Pouls normal. Un vomissement. Rétention d'urine observée déjà antérieurement pendant le séjour au lit.

2 janvier. — Apparition d'une douleur avec gonflement de la région parotidienne gauche. La région parotidienne droite est un peu douloureuse aussi. (A noter que déjà, avant l'opération l'haleine du malade était fétide.)

Plus de sialorrhée. Pas de douleurs abdominales. Miction facile, grâce à la station debout.

Pansement inondé.

3 janvier. — Même état.

L'alimentation commence par le lait, bien supporté. Pansement inondé.

4 janvier. — Parotidite moins douloureuse. Pas de fièvre notable, 37°8 rectale. Pouls à 70.

Deux selles copieuses. Comme alimentation : œuf, lait, potages.

Pansement toujours inondé de la même sérosité. Un drain est enlevé, l'autre raccourci de presque moitié à cause des gros vaisseaux. Aorte et artère renale, sur lesquelles il pourrait appuyer.

A partir du 4 janvier, la parotidite disparaît peu à peu. L'alimentation, le pouls et la température deviennent normales. Le malade est gai, ne souffre plus et dort bien. Cependant, il paraît plutôt s'amaigrir et la voix est un peu cassée. Chaque jour le pansement est inondé.

9 janvier. — Le drain ayant encore été raccourci j'introduis dans son calibre un tube en caoutchouc qui aboutit à un récipient à côté du malade ; la totalité de l'écoulement se trouve ainsi collectée. Elle est de 420 centimètres cubes environ par vingt-quatre heures, ainsi qu'en témoigne le tableau où sont consignés avec soin les quantités heure par heure.

Ce liquide est visqueux comme du sperme et toujours louche. L'analyse chimique y décèle les caractères du liquide pancréatique : en une demi-heure, il transforme une bonne dose d'empois d'amidon en sucre et commence, après trois heures, à attaquer l'albumine cuite. Il est alcalin et contient non de l'albumine, mais un mucus très différent du liquide premier.

12 janvier. — Hier soir, le gros drain a été enlevé, et comme il paraissait difficile à remettre, il est remplacé par le tube secondaire, qui ne parcourt que la paroi abdominale, afin de

n'avoir plus de contact avec la gastro-épiploïque. L'écoulement se fait aussi bien, mais le liquide devient moins épais. Le pansement n'est plus renouvelé que tous les deux jours. Il n'est plus souillé. Les fils de suture superficielle sont enlevés. Cette suture n'est pas irritée par le liquide.

14 janvier. — Arrêt complet de tout écoulement : la fistule paraît tarie.

État général parfait : alimentation normale, fonctions intestinales normales, pas de douleurs ; la mine est revenue.

15 janvier. — Le pansement n'est pas souillé. Le drain est enlevé, et le malade se lève. Il se tient un peu courbé à cause de tiraillements au niveau de la plaie.

19 janvier. — Le blessé rentre chez lui, avec une petite plaie superficielle en voie de fermeture, et par laquelle rien ne suinte.

État général parfait. Pansement à la poudre d'ektogan.

L'épreuve par les pilules d'huile iodée et de salol a été positive : on retrouve dans l'urine de l'iode et de l'acide phénique. Donc le pancréas fonctionne normalement.

OBSERVATION II

(Le Dentu. — *Bulletin de la Société anatomique*, mars 1865.)

Un homme de vingt-six ans, charpentier, entre le 3 février 1862 à l'Hôtel-Dieu. Il raconte que deux mois et demi avant son admission à l'hôpital, il a reçu un coup de timon à la partie antérieure de l'abdomen, qu'un vomissement a suivi immédiatement l'accident et qu'il a été obligé d'interrompre ses occupations pendant trois semaines. Il souffrait de douleurs assez

vives et intermittentes, vers l'hypochondre droit et l'épigastre. Après avoir éprouvé quelque rémission dans les symptômes, il recommence à souffrir, ses digestions deviennent difficiles, elles sont accompagnées d'envie de vomir et de diarrhée. Pendant ce temps le malade maigrit et sa constitution s'altère.

A son entrée, on constate au-dessous des fausses côtes droites, une tumeur fluctuante, limitée inférieurement par un bord tranchant, qui simule parfaitement celui du foie par sa consistance et sa direction. Au-dessous, la sonorité reparait à gauche, la ligne de matité s'arrête aux limites de l'épigastre et de l'hypochondre.

Le chef de service diagnostique un kyste séreux du foie, probablement enflammé à la suite du traumatisme signalé plus haut.

7 février. — Au moment de la visite, le malade éprouve une douleur subite dans l'abdomen, on s'aperçoit que la tumeur a en partie disparu, et que, à la place qu'elle occupait, la percussion produit un son hydro-aérique. Bien qu'aucune évacuation particulière n'ait eu lieu par l'anus, on conclut des phénomènes observés que le kyste s'est ouvert dans le péritoine et que le son hydro-aérique indique sans doute une communication ancienne ou récente de la tumeur avec l'intestin. Un traitement énergique est institué pour prévenir la péritonite : celle-ci se produit, mais peu intense. Elle disparaît en trois jours et cette circonstance est invoquée à l'appui du diagnostic, qui avait établi la nature séreuse de la tumeur. Peu à peu, le kyste se reforme et les choses reviennent à leur premier état, le bruit hydro-aérique ne se perçoit plus.

Alors, le chef de service encouragé par un succès complet obtenu par la méthode de Récamier dans le traitement d'un

abcès du foie, se décide à attaquer de la même façon la tumeur de ce second malade. On fait, à des intervalles de deux ou trois jours, cinq applications de potasse caustique et le 7 mars on fait une ponction au fond de l'eschare. Il s'écoule 4 à 5 cuillerées d'un liquide muqueux, mélangé du sang de la plaie. Aussitôt le malade tombe dans un état d'anxiété extrême, des douleurs intenses se déclarent dans l'abdomen. Une heure après, une péritonite existait, et au bout de deux jours et demi, le malade succombait.

A l'autopsie, on découvre que le foie est parfaitement sain, que l'eschare correspond à la face antérieure de l'estomac, qu'il n'y a point d'adhérence entre cet organe et la paroi abdominale, bien que la mortification des tissus soit arrivée jusqu'au péritoine.

L'estomac est repoussé en avant, par une tumeur grosse comme une tête de fœtus de neuf mois, qui s'en sépare facilement par la dissection, mais qui a, avec le pancréas, des connexions intimes. La glande ne paraît pas diminuée de volume, mais elle est étalée sur la face postérieure de la tumeur et il est impossible de l'en isoler. La production morbide a pris naissance dans le corps du pancréas ; le canal de Wirsung, appliqué sur le kyste, peut être suivi sans peine jusqu'à l'intestin. Le canal cholédoque et les vaisseaux hépatiques ne présentent aucune altération. Quant à la péritonite elle est des plus manifestes.

Vue extérieurement, la tumeur a une forme régulièrement sphérique ; à l'intérieur ses parois ont un aspect grenu et une coloration rosée. Elles sont d'une apparence fibreuse et ont près d'un demi-centimètre d'épaisseur. Dans un point se voit

un petit cul-de-sac, vestige probable de la perforation qui s'était faite quelques jours auparavant.

OBSERVATION III

(Tillaux. — *Traité de Chirurgie*, t. II, p. 171.)

Jean B..., âgé de seize ans, ayant toujours eu une bonne santé, fait le 29 novembre 1895 une chute d'une hauteur de 3 mètres ; il tombe d'un arbre et l'abdomen vient heurter sur une grosse racine saillant de terre. La douleur immédiate fut très vive ; cependant le malade put se relever et accomplir, courbé en deux, un trajet de 200 mètres. Cette chute, qui marque bien nettement le début de la maladie, eut lieu une heure après le repas et provoqua le rejet immédiat des aliments. Le repos au lit fut nécessaire.

Pendant les cinq premiers jours se manifesta un peu de réaction péritonéale avec ballonnement du ventre, constipation, vomissements verdâtres. Les vomissements cessèrent spontanément et le seul phénomène morbide observé et qui a persisté durant toute la durée de l'affection, a consisté en crises douloureuses.

Ces crises, provoquées par l'ingestion des aliments, survenaient immédiatement après et duraient parfois près d'une heure. Elles se reproduisaient sans régularité aucune ; il n'était pas rare de voir plusieurs jours se passer sans la moindre douleur, alors que d'autres fois les crises pouvaient, pendant huit jours consécutifs, se reproduire après chaque repas.

M. le professeur Tillaux constate six semaines après l'acci-

dent une légère voussure au niveau de la région épigastrique, et en l'espace de quinze jours, la voussure se transforme en une tumeur des plus nettes. Les crises douloureuses étaient de plus en plus pénibles ; il n'y avait pas d'ictère, mais l'amaigrissement faisait des progrès rapides, et c'est alors que M. le professeur Tilliaux, se refusant à une ponction, propose la laparotomie exploratrice. L'opération fut pratiquée le 15 décembre, c'est-à-dire deux mois et demi après la chute, début de tous les accidents.

Voici, dans les quelques jours qui ont précédé l'opération, quels étaient les signes constatés.

En examinant la paroi abdominale, on voyait une voussure épigastrique des plus nettes, rendue encore plus apparente par l'amaigrissement si marqué du malade et l'aplatissement des parties de l'abdomen. La tumeur qui s'étendait à droite et à gauche de la ligne médiane, débordait cependant un peu plus à gauche. Elle était de la grosseur d'une tête de fœtus, arrondie, lisse, régulière et rénitente, sans souffle ni battements.

Absolument indépendante de la paroi abdominale, et très légèrement mobile avec la respiration, elle était mate à la percussion et la matité se continuait à droite sans aucune bande de sonorité, avec la matité hépatique. A gauche, la matité était séparée du rebord des fausses côtes, par un espace large de trois travers de doigt. En bas, elle affleurait l'ombilic. Mais ce qui frappait surtout à l'examen clinique, c'était la variabilité des symptômes suivant le moment de l'observation, particulièrement dans les deux ou trois jours qui ont précédé l'intervention ; la percussion donnait parfois de la sonorité au même endroit où, la veille, le doigt avait révélé de la matité, mais seulement dans la portion

située à gauche de la ligne médiane. A gauche, l'estomac semblait donc s'être interposé entre la paroi et la tumeur abdominale.

L'examen du sang a montré que les globules blancs et rouges étaient en proportion régulière ; l'examen du liquide stomacal a révélé un suc gastrique normal.

Le diagnostic de kyste pancréatique ne fut pas posé ; le malade avait été vu par MM. les professeurs Potain, Hayem et Hanot, et les hypothèses de kyste hydatique du foie, d'abcès du foie, de tumeur maligne du foie furent émises.

Opération.—Pratiquée le 15 décembre, sous l'anesthésie chloroformique, par M. le professeur Tillaux. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le péritoine pariétal incisé laisse découvrir une tumeur venant de la profondeur, sans connexion aucune avec le foie, tumeur recouverte par un second revêtement péritonéal, et encadrée à sa partie supérieure et latérale droite par la première et la seconde portions du duodénum. Faisant saillie entre le duodénum et le côlon transverse, elle refoule l'estomac vers la gauche. A sa surface rampent les veines saillantes et volumineuses, dont quelques-unes, grosses comme la saphène interne. Le diagnostic du kyste du pancréas est alors posé et la ponction est pratiquée avec un fin trocart. On retire 800 gr. d'un liquide citrin, puis la poche est largement ouverte, suturée à la paroi et drainée. La surface intérieure est lisse, rouge, et son épaisseur de quelques millimètres seulement. Elle ne contient que du liquide sans fausses membranes ni vésicules hydatiques.

Les suites opératoires furent simples, mais un écoulement très abondant de liquide limpide et transparent se faisant conti-

nuellement par les drains, obligea de changer le pansement plusieurs fois par jour. Au quinzième jour, le malade se lève, porte une ceinture de caoutchouc, avec réservoir pour recueillir le liquide. Dans les deux mois qui ont suivi l'opération, l'écoulement a atteint jusqu'à 100 grammes par jour.

Le liquide retiré au cours de l'opération n'a pu être examiné, mais l'analyse du liquide s'écoulant par la fistule, a montré qu'il s'agissait d'un liquide limpide, faiblement alcalin, ne contenant pas d'albumine et ne digérant pas l'albumine.

L'état général est excellent, la croissance continue; l'opéré présente tous les signes d'une excellente santé; mais la fistule persiste encore quatorze mois après l'opération et laisse écouler chaque jour de 100 à 150 grammes de liquide.

OBSERVATION IV

(Kulenkampff. — *Berliner Woch.*, 19 février 1882.)

Ein fal von pancreas cyste

Homme de trente-neuf ans, manœuvre, bien portant par ailleurs.

22 mars 1881.—Il reçut plusieurs coups dans la région ombilicale, dirigés de haut en bas. Examiné quelques heures après, il ne présentait aucun signe de contusion, bien qu'il se plaignît d'une douleur intense à l'épigastre et dans l'hypochondre droit; ces régions étaient très sensibles à la pression. Du côté droit, en arrière, au niveau du diaphragme, il y avait une aire de matité de 8 centimètres de haut. Étant donné les douleurs lancinantes qui siégeaient dans cette région et une certaine diffi-

culté de la respiration, le médecin pensa à une hernie traumatique.

Dans l'espace de quelques jours, les signes fébriles et la douleur diminuèrent.

Au bout de trois semaines, le malade semblait convalescent, lorsqu'il eut de nouvelles douleurs spontanées et exagérées par la pression dans les régions épigastrique et hépatique. A ce moment, un nouvel examen ne donna que des résultats négatifs.

A la fin de mai, apparut une tumeur qui semblait venir du foie; elle augmenta progressivement jusqu'au mois de septembre, époque où l'on fit les observations suivantes : on trouve une tumeur ronde, non fluctuante, du volume des deux poings. Son extrémité inférieure arrive à 1 centimètre de l'ombilic; elle déborde beaucoup plus la ligne médiane à droite qu'à gauche; la percussion y décèle une matité qui se continue avec celle du foie, comme si la tumeur provenait du lobe gauche de cet organe. La tumeur suit les mouvements respiratoires. Pas de souffle. La palpation est difficile à cause de la contraction des muscles droits. L'appétit et la digestion ne sont pas troublés. Température normale. Pas d'ictère. L'examen des urines et des selles ne fournit aucun élément de diagnostic. Comme on ne pouvait faire aucun diagnostic avec ces seuls signes, on se décida à faire la laparotomie exploratrice, qui fut pratiquée le 14 septembre, jusqu'au péritoine exclusivement. La tumeur palpée donnait la sensation d'un foie bosselé, comme dans la cirrhose.

On introduisit le trocart d'un aspirateur sur la ligne médiane et, après avoir traversé une épaisseur de 2 centimètres de tissu dense, l'extrémité pénétra dans une cavité dont on tira un quart de litre de liquide clair.

La cavité péritonéale ne fut pas ouverte, la plaie fut bourrée de gaze, sur laquelle on appliqua un pansement antiseptique, on pensa à un kyste hydatique. Le liquide se coagula spontanément au bout d'un certain temps. Il ne contenait pas d'acide succinique. Le dépôt renfermait des globules blancs et rouges. Le 20 septembre, le péritoine fut incisé et suturé à la plaie ; le doigt introduit dans la cavité péritonéale vint en contact avec une tumeur mobile et bosselée, qu'on supposait toujours d'origine hépatique. L'incision fut de nouveau remplie avec de la gaze, et quatre jours après, des adhérences s'étant formées, la tumeur fut incisée et il s'en échappa 200 grammes de liquide.

L'exploration digitale montra que la cavité interne était tapissée d'une membrane muqueuse garnie de végétations polypoïdes. On mit un gros drain et on appliqua un pansement de Lister.

Durant les deux semaines suivantes, il n'y eut pas de réaction fébrile : la tumeur disparut et une grande quantité de liquide sortit par la fistule. Le 10 octobre, la sécrétion avait beaucoup diminué, et le trajet fistuleux était réduit au diamètre d'un porte-plume ordinaire ; on y fit des injections de teinture d'iode, pour hâter l'oblitération, ce qui n'amena d'ailleurs que de la douleur et une recrudescence de la sécrétion. La cautérisation au nitrate d'argent ne produisit pas de meilleur résultat.

Dans tous les endroits, où elle était en contact avec la sécrétion de la fistule, la peau était macérée, en dépit des pansements fréquemment répétés, Kulenkampff fit analyser le liquide.

Résumé de l'analyse du liquide. — Liquide clair, coloré, légèrement alcalin, contenant peu de sels minéraux, se coagulant par la chaleur et l'acide nitrique.

Transforme l'amidon en glucose, digère l'albumine, émulsionne les graisses.

Kulenkampff incline à croire que le traumatisme avait amené une inflammation complète du pancréas, à la suite de laquelle s'était produite une oblitération du canal ou de ses branches. Aussi longtemps que la fistule continua à donner, le malade resta émacié. L'urine ne contient jamais de sucre. Il est à noter que la sécrétion était plus profuse dans l'après-midi, le malade guérit complètement après la fermeture de la fistule.

OBSERVATION V

(C. Fenger. — *On Case of Traumatic cyst of the Pancreas.*)

Un garçon de huit ans tombe de cheval et se contusionne l'abdomen.

Les huit premières semaines, il se plaint de douleurs intermittentes au pourtour de l'ombilic. Trois semaines environ après sa chute, une tumeur augmentant graduellement de volume apparaît à l'épigastre

Symptômes. — Anorexie, vomissements, selles irrégulières, caillées et d'apparence blanchâtre.

Une ponction exploratrice, pratiquée dans la tumeur, évacue un liquide foncé, jaunâtre, à réaction alcaline, sans éléments figurés autres que quelques globules sanguins.

Pas de diagnostic.

Laparotomie mettant la tumeur à nu.

Au bout d'une semaine, ouverture et drainage d'un kyste pancréatique, contenant 40 onces de liquide. Exécuté le vingt-troisième jour avec une fistule d'environ 3 pouces de profondeur, suppurant à peine.

OBSERVATION VI

(Senn — *Americ. Journal of Med.*, juillet 1885.)

X..., laboureur, d'origine allemande, âgé de dix-neuf ans, fut admis à Milwaukee-Hospital le 28 novembre 1884. Il est petit pour son âge et peu robuste, mais il n'a été malade qu'une fois et il ne semble pas avoir d'antécédents héréditaires.

Il y a cinq semaines, alors qu'il était en parfaite santé, il tomba de voiture sous une barrique, ce qui augmenta la force du traumatisme ; c'est son côté gauche qui fut atteint.

La douleur resta localisée à la partie postérieure du corps au point contusionné. Elle ne fut pas suffisante pour lui faire abandonner son métier de laboureur. Au bout de quelques jours, il eut de la diarrhée qui dura deux semaines sans cependant l'affaiblir outre mesure. L'appétit était resté bon, et ni la diarrhée, ni les vomissements n'étaient influencés par le repas et par le choix de ses aliments. Au bout de deux semaines apparaît, dans l'hypochondre gauche, une tumeur ronde, lisse et douloureuse, qui augmente rapidement et donne lieu à une sensation de pesanteur stomacale, à des régurgitations et à des vomissements. L'appétit diminue beaucoup. Le médecin consulté se contenta d'un traitement symptomatique et, ne voyant

aucune amélioration, me l'envoya. Au moment de son admission à l'hôpital, il était très émacié et se plaignait surtout de sensation de pesanteur à l'estomac, augmentant après le repas. Il n'était soulagé que par les vomissements.

A l'examen on trouva une tumeur occupant presque tout l'épigastre et l'hypochondre gauche; son point culminant était à 8 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. La percussion révélait de la matité depuis le mamelon gauche jusqu'à un pouce de l'ombilic. En arrière, la matité s'étendait de la huitième côte au bord supérieur de la douzième. Dans la région épigastrique, on découvrit une zone de tympanisme le long de l'arc costal des côtes inférieures du côté droit. A la palpation, fluctuation évidente; on a la sensation de flot.

La tumeur est ronde, à surface lisse et présente les dimensions suivantes: du mamelon gauche à la partie inférieure, 24 centimètres; diamètre transversal, 22 centimètres. Le cœur est refoulé en haut, à tel point que le choc de la pointe peut être senti dans le quatrième espace intercostal. L'estomac distendu artificiellement par de l'acide carbonique est manifestement dévié à droite et comprimé par la tumeur. Le foie ne paraît pas atteint, il occupe sa place normale et a un volume normal. Les deux régions lombaires sont tympaniques. Pas d'ascite. Une pression forte peut être exercée sur la tumeur sans déterminer de douleur. Pas de frémissement hydatique. Pas de battements, pas de soulèvements transmis par l'aorte abdominale.

La position de la tumeur varie avec les mouvements respiratoires étendus.

Une aiguille à injections hypodermiques est enfoncée dans le point le plus saillant de la tumeur, et son extrémité libre

oscille de haut en bas synchroniquement avec les mouvements inspiratoires, montrant que s'il y a des adhérences avec le péritoine pariétal, elles sont au moins très légères.

Le liquide retiré est quelque peu visqueux et opalescent. Il est alcalin, contient une grande quantité d'albumine, précipitant par la chaleur et l'acide nitrique. Au microscope, on trouve quelques cellules épithéliales, des leucocytes et pas de crochets de ténia, ni de cristaux de cholestérine. Par exclusion, le diagnostic fut ramené à l'une de ces deux hypothèses : ou kyste hydatique stérile ou kyste du pancréas. Contre la première, on pouvait invoquer la grosseur de la tumeur, sa première apparition loin du foie, la présence d'une grande quantité d'albumine et l'absence de crochets. En faveur du kyste pancréatique il y avait l'histoire du traumatisme dans la région du pancréas, la croissance rapide de la tumeur, les troubles de la digestion, diarrhée et vomissements, dus très probablement à la rétention totale ou partielle de la sécrétion pancréatique.

On se décida à faire la laparotomie, à fixer la paroi du kyste au péritoine, s'il n'y avait pas d'adhérences, et à drainer le kyste, quand ces adhérences seraient produites. Ce procédé semblait préférable à l'emploi du trocart, parce qu'il mettait à l'abri de l'irruption du liquide dans le péritoine et que le drain devait prévenir l'accumulation nouvelle du liquide et permettait d'espérer l'oblitération de la cavité par adhérence des parois internes du kyste. On divisa le muscle grand droit et tous les tissus jusqu'au péritoine, en ayant soin d'arrêter l'hémorragie. A l'ouverture du péritoine, l'épiploon se présenta croisé par une veine et une artère de gros calibre. On appliqua deux ligatures entre lesquelles on incisa l'épiploon

sur une étendue de 3 pouces; il était un peu adhérent au péritoine pariétal et à la surface de la tumeur.

A travers l'incision épiploïque, on distingua la tumeur, lisse et luisante. Comme il y avait de légères adhérences, on se décida à compléter l'opération, et comme les parois du kyste étaient très minces et leur tension extrême, on les saisit avec deux pinces à disséquer avec lesquelles, pendant l'incision et l'évacuation du liquide, on exerça une légère traction pour prévenir la chute du liquide dans le péritoine. L'évacuation du liquide fut rendue aussi complète que possible en exerçant des pressions sur les parois du kyste et en faisant coucher le malade sur le côté. Le liquide recueilli était semblable à celui fourni par la ponction exploratrice. Son volume fut évalué à 3 lit. 1/2.

Le kyste complètement vidé, on attira ses parois dans la plaie et on les sutura au péritoine pariétal, déjà fixé à la peau. La cavité kystique fut explorée en y introduisant l'index jusqu'à la queue du pancréas, mais on ne put atteindre le fond. On plaça deux gros drains et la plaie fut suturée comme après une ovariectomie. Pansement antiseptique maintenu par un bandage élastique qui exerçait une pression uniforme très favorable. Pas de vomissements. Soulagement immédiat par cessation de compression. Le pouls ne dépassa jamais 70, et la plus haute température observée le lendemain de l'opération fut de 37°8. L'appétit revint et il n'y a aucun symptôme inquiétant. Le neuvième jour, la gaze étant mouillée par du liquide issu du kyste, on changea le pansement.

La plaie avait bonne apparence, mais tout autour la peau était rouge, macérée et l'épiderme peut être enlevé par larges plaques. Ce changement de la peau était semblable à ceux

décrits par Kulen, Campff et Gussenbauër et qu'ils avaient attribué au pouvoir digestif du suc pancréatique. On toucha la surface excoriée avec de l'acide salicylique et on appliqua un pansement de Lister. La sécrétion abondante du kyste obligea à changer chaque jour le pansement et on retrouva toujours la même excoriation de la peau. A la fin de la première semaine on enleva les sutures et on n'appliqua plus aucun pansement.

La peau guérit sans suppuration, et à travers la fistule, il ne sortit que quelques gouttes de pus mélangé à la sécrétion qui continua pendant plusieurs semaines. L'un des drains avait été entièrement enlevé au premier pansement. Le deuxième fut peu à peu retiré et enlevé définitivement trois semaines après l'opération. A la fin de la deuxième semaine, le kyste fut exploré avec une sonde aseptique qui s'enfonça dans la direction de la queue du pancréas à la profondeur de 20 centimètres environ. Le trajet fistuleux bourgeonna bientôt et diminua tellement en longueur et en largeur que, au bout de huit semaines, il n'admettait plus qu'un petit cathéter, qu'on ne pouvait enfoncer qu'à une profondeur de 10 centimètres. La peau avoisinant la fistule avait été attirée, formant ainsi une dépression infundibuliforme.

22 janvier 1885. — Le malade est guéri, la fistule complètement fermée. La cicatrice est très rétractée. Santé générale bonne. Digestion parfaite. La palpation ne fait découvrir aucune tumeur dans la région du pancréas.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Regnier)

Kyste pancréatique diagnostiqué. — Opération. — Guérison

Jeune fille de vingt-trois ans, qui était tombée d'une assez grande hauteur. Une tumeur volumineuse se développa progressivement, accompagnée d'un peu d'ictère.

Une ponction exploratrice donna issue à un liquide alcalin d'un brun rougeâtre, contenant de la graisse et des globules rouges, émulsionnant les graisses et saccharifiant les amylacés.

Marsupialisation de la poche et un mois après, guérison à peu près complète. Il ne reste plus qu'une petite plaie bourgeonnante, qui se cicatrise en entonnoir peu après. Pas d'événement.

OBSERVATION VIII

(Gr. Cumston, de Boston, in *Revue de Chirurgie*, 1903.)

Un cas de kyste du pancréas

La malade, une jeune femme de vingt-six ans, reçut, accidentellement, dans la région de l'estomac un coup occasionné par une chaise. Elle perdit connaissance et fut transportée dans sa chambre. Le docteur appelé près d'elle prescrivit un traitement stimulant, et la malade se remit assez vite, se plaignant seulement d'une douleur plus ou moins vive dans l'abdomen pendant plusieurs jours. A peu près une semaine après l'accident,

la malade fut assez bien pour se déplacer et voyager pendant trois mois; pendant lesquels elle se plaignit de temps en temps de douleurs, de coliques; autrement elle paraissait en parfaite santé. Au mois de juillet 1900, à peu près cinq mois après l'accident, elle fut réveillée au milieu de la nuit par une douleur aiguë dans la région hypochondriaque droite, qui dura d'une façon intermittente pendant plusieurs jours et finalement cessa. Pendant cette crise, il n'y eut pas de trace de jaunisse et les selles restèrent de couleur normale.

Après cette crise, la malade se sentit très bien jusqu'au commencement de septembre où une autre crise de douleurs survint. Elle eut lieu dans la nuit, et le matin la malade était de nouveau remise. Pendant quinze jours, elle se sentit parfaitement bien, mais de nouveau les douleurs apparurent, quoique pas aussi fortes, et se firent sentir plutôt dans la région de l'estomac. Cette fois-ci elle avait une légère jaunisse et la couleur des selles était grisâtre. La malade était un peu affaiblie par ces crises de douleurs répétées, et elle commença à souffrir de vagues troubles digestifs, particulièrement de gonflement d'estomac après avoir mangé, et de gonflement des entrailles par des gaz, une heure et demie ou deux heures après le repas.

L'état de la malade resta à peu près le même jusqu'à ce qu'une autre crise de douleurs survînt dans les premiers jours d'octobre et, comme le médecin suspecta des calculs biliaires il lui conseilla de voir un chirurgien.

Nous examinons la malade le 6 octobre 1900, et nous la trouvons dans les conditions suivantes : une femme grande, bien bâtie, bien nourrie, avec une légère apparence de jaunisse. La peau et les muqueuses sont assez sèches, la langue

très chargée; température normale, pouls 82, respiration 19. Le cœur et les poumons en bon état.

A l'examen, la partie supérieure de la paroi abdominale était légèrement projetée en avant, et la région hépatique semblait plus pleine que l'hypochondre gauche. Au toucher, la région du foie et de l'épigastre était très sensible. La matité du foie s'étendait depuis la ligne mammaire jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous du rebord des côtes et continuait horizontalement en arrière, dépassant la ligne médiane légèrement au-dessous de l'ombilic. La surface du foie semblait un peu irrégulière et la pression au bord de cet organe était douloureuse, plus particulièrement vers la région épigastrique, où la douleur devenait aiguë et atteignait son maximum entre le cartilage xyphoïde et l'ombilic.

Le tympanisme obtenu par la percussion nous donnait l'impression que le côlon couvrait le foie et y adhérait probablement. Il semblait aussi que le contour de l'estomac se prolongeait sur la gauche plus que d'habitude; il n'y avait pas de dilatation apparente de l'organe. La partie inférieure de l'abdomen était normale et l'examen bimanuel des organes génitaux fut négatif.

Urine normale; au moment de l'examen, les selles étaient brun clair et provoquées seulement par l'usage journalier des laxatifs. Le résultat de cet examen, comme on peut le voir, laissait un certain doute sur la vraie nature du mal; notre impression fut que nous avions affaire à des calculs biliaires et nous proposâmes une incision exploratrice.

Deux jours plus tard, l'abdomen fut incisé sur la ligne médiane, du sternum à l'ombilic. L'estomac qui était normal était projeté de dessous le foie normal par un kyste situé der-

rière le viscère. Au palper, la tumeur semblait être de la grosseur d'une énorme orange, et pouvait se mobiliser directement. Nous déchirâmes le ligament gastro-colique pour découvrir la tumeur, elle était plus ou moins adhérente aux parties voisines. Un examen minutieux nous prouva qu'il serait imprudent de dégager la tumeur en rompant les adhérences, et nous décidâmes de réunir par quelques sutures de catgut la pointe supérieure du kyste au péritoine de la paroi abdominale antérieure, ce qui présenta quelque difficulté, mais finalement maintint la tumeur dans sa position. Le reste de l'incision abdominale fut fermé. Alors nous fîmes une incision dans le kyste, et, à peu près 700 à 800 centimètres cubes d'un liquide sale et graisseux, contenant des corpuscules gras en quantité considérable, s'écoulèrent. Nous explorâmes l'intérieur du kyste avec le doigt; il était plus ou moins souple et lisse, avec quelques taches d'un tissu granuleux. Un long drain de verre fut placé et le kyste fut bourré de gaze iodoformée. Trois heures après l'opération, nous fûmes appelé en hâte par la garde, qui venait de s'apercevoir qu'une hémorragie post-opératoire avait eu lieu. A notre arrivée, nous trouvâmes les pansements abdominaux imbibés d'un sang foncé. Ils furent enlevés ainsi que le drain et la gaze qui bourrait le kyste, et nous trouvâmes qu'une hémorragie veineuse en nappe provenait de la membrane doublant le kyste. La cavité fut irriguée avec une solution salée, bourrée de mèches de gaze saturées d'une solution de gélatine à 10 o/o qui arrêterent l'hémorragie.

Pendant les deux premières semaines après l'opération, le kyste sécréta une grande quantité de liquide brun foncé, contenant des petites masses de graisse nécrotique, si bien que les pansements devaient être renouvelés plusieurs fois par jour.

L'ouverture ne montra aucun signe de granulation jusqu'au dixième jour, où elle commença à se contracter. A la fin de la troisième semaine après l'opération, la sécrétion commença à diminuer, elle devint moins épaisse et d'un jaune clair. L'incision commença à diminuer, si bien que cinq mois après l'opération, il n'y avait plus qu'une petite fistule, qui se ferma cinq semaines après au moyen d'injections de chlorure de zinc.

Nous revîmes la jeune femme au mois d'août 1902 et la trouvâmes en fort bonne santé. La cicatrice abdominale était parfaite, sans trace de hernie dans la région de la fistule, et, au palper, on ne sentait qu'un léger épaissement en pressant fortement.

OBSERVATION IX

(Hardouin, *in Revue de Chirurgie*, 1907.)

Le nommé G...., quarante-huit ans, cultivateur, entre le 3 février 1906 à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Dayot. Les antécédents héréditaires du malade ne présentent rien d'intéressant. Les parents sont morts respectivement à soixante-onze et soixante-trois ans. Sœur, âgée de quarante-deux ans, bien portante. Lui-même a deux enfants en bonne santé. En dehors d'une pneumonie qu'il aurait eue à vingt ans, il n'a jamais été malade jusqu'au début de l'affection qui l'amène à l'hôpital.

A la fin d'octobre 1905, le malade fut violemment serré contre un mur par une lourde voiture et perdit connaissance une demi-heure environ. Revenu à lui, il put regagner son domicile, distant de 1 kilomètre, à pied et sans aide. Toute

la nuit, il se plaignit de douleurs violentes dans le ventre et présenta quelques vomissements alimentaires et bilieux. Ces phénomènes se renouvellent à plusieurs reprises pendant une dizaine de jours et s'accompagnent de constipation opiniâtre.

Pas de mœlena, pas d'hématurie. Puis les symptômes allèrent en s'amendant, mais jamais le malade ne se remit complètement et ne recouvra la santé dont il jouissait auparavant.

Vers le 20 novembre, trois semaines environ après son accident, il constata pour la première fois la présence d'une tumeur allongée, qui faisait saillie à la paroi abdominale, un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. Depuis lors, la tumeur n'a fait qu'augmenter de volume. Au dire du malade, l'accroissement tout d'abord assez lent, aurait rapidement augmenté depuis le 20 janvier. De temps en temps survenaient de violentes coliques, avec ballonnement et sensibilité de tout le ventre, avec point douloureux assez fixe au-dessous du mamelon gauche. A noter également entre le 29 janvier et le 5 février, la réapparition de vomissements bilieux extrêmement abondants, se renouvelant deux à trois fois par jour. Le malade est vu par nous le 8 février. Il est petit, d'aspect pâle et très amaigri.

A l'inspection, on constate la présence d'une tumeur volumineuse, siégeant dans l'hypochondre et le flanc gauche. Toute cette région est fortement saillante en avant. La peau est lisse, un peu tendue, de coloration analogue au reste du corps. Les cinq dernières côtes sont nettement refoulées et provoquent une déformation très notable de la cage thoracique. L'ombilic est attiré légèrement du côté gauche. La tumeur apparaît limitée en bas, par une ligne légèrement courbe, à concavité supé-

rieure, passant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et se dirigeant vers la onzième côte. Le point le plus saillant se trouve situé à mi-route d'une ligne joignant l'appendice xyphoïde à l'ombilic à 4 centimètres environ à gauche de la ligne médiane.

Elle se perd en arrière, sans ligne de démarcation appréciable dans la région lombaire. Elle ne paraît pas suivre les mouvements de la respiration.

A la palpation, la peau est souple, tendue, sans adhérences ; peut-être le tissu circulaire présente-t-il un léger épaissement. Dans les limites indiquées par la vue, la palpation nous révèle la présence d'une masse résistante, fluctuante, extrêmement tendue, paraissant très superficielle entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde et se perdant profondément sur les côtés sous les fausses côtes gauches et dans la région rénale.

La percussion nous montre que la tumeur est mate dans toute son étendue. Nous délimitons les rapports de cette tumeur avec l'estomac et nous notons des constatations intéressantes. L'estomac étant vide, la moitié de cet organe est limitée : en bas par une ligne légèrement concave vers la partie supérieure du tronc, qui siège à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et débordé la ligne médiane également de quatre travers de doigt de chaque côté. Nous avons ensuite dilaté l'estomac, en faisant prendre au malade une potion de Rivière.

Nous constatons alors que la grande courbure de l'estomac s'est abaissée jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En outre, la sonorité déborda la ligne médiane de six travers de doigt à droite, et quatre à gauche. En résumé, l'estomac est nettement situé en avant de la tumeur.

Nous n'avons pu apprécier exactement la position du côlon, mais il n'existe pas de bande sonore en avant de la tumeur.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace. Le foie paraît normal dans ses dimensions. Rien à noter de particulier dans les autres organes.

Les urines sont normales, comme quantité et comme qualité ; pas de sucre, pas d'albumine.

L'examen du sang a été pratiqué par M. Sacquépée, professeur au Val-de-Grâce, et a donné les résultats suivants :

Polynucléaires.....	71, 25
Lymphocytes.....	15
Mononucléaires.....	10
Cellules de Türk.....	0, 75
Éosinophiles.....	3
	100

Le diagnostic porté, surtout en raison de la situation très nette d'une tumeur liquide siégeant en arrière de l'estomac, est kyste de l'arrière-cavité des épiploons.

Le rein est éliminé, car la tumeur ne bombe pas dans la loge rénale, et on songe à une collection probable du pancréas ou de la face inférieure du foie.

Opération pratiquée le 13 février, par M. le professeur Dayot (Résumée).

Chloroforme. Appareil de Ricard. Laparotomie médiane.

L'estomac cache en haut la partie supérieure de la tumeur ; le côlon transverse, très bas, est presque complètement caché par la tumeur. L'estomac est très adhérent à la tumeur.

Ponction au trocart donne 2 litres de liquide épais, trouble, légèrement floconneux et de couleur brun verdâtre.

Incision du kyste. Assèchement. La paroi est épaisse, de couleur veineuse.

Après une tentative d'ablation complète, on se résoud à la marsupialisation.

Contre-ouverture de 15 centimètres dans la région lombaire, par où on incise le kyste, et dans laquelle on laisse deux gros drains, en canon de fusil.

Fermeture de la paroi et pansement aseptique comme d'ordinaire.

Suites opératoires.— Pas de vomissements ni de température. Le soir, le malade est un peu fatigué : pouls 110, mais bien frappé et régulier. Dans la journée du lendemain, on injecte à nouveau 1 litre de sérum intra-musculaire.

Le soir, ablation du drain antérieur et fermeture de la brèche avec deux agrafes de Michel.

Le malade commence à s'alimenter, et au bout de quelques jours, il suit le régime ordinaire des malades.

Le pansement postérieur est fait régulièrement tous les trois ou quatre jours. Le suintement, extrêmement abondant la première semaine, diminue ensuite notablement.

8 mars.— On pratique dans le drain postérieur une injection de 2 centimètres cubes de teinture d'iode. Cette petite opération est renouvelée les 12, 16, 25 mars et le 2 avril. On diminue le drain peu à peu.

5 avril.— Le malade est dans un état de santé très satisfaisant, il demande à sortir.

Trois mois après l'opération, la fistule lombaire était tarie. L'examen du liquide a montré qu'il saccharifiait l'amidon, qu'il contenait probablement de la stéapsine.

L'examen histologique de la paroi kystique a montré qu'elle

était surtout formée de tissu fibreux lamelleux ; avec en certains points des foyers un peu enflammés, sans endothélium ni épithélium à la partie interne. Rien dans les parties examinées qui rappelle en quoi que ce soit le pancréas.

OBSERVATION X

(Sidney Philipp. — *British. Med. Journ.*, 19 janv. 1901, analysée in *Presse médicale*, 29 mars.)

Il s'agit d'un ouvrier qui a reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen. Depuis lors, crises de douleurs abdominales intenses qui motivent son entrée à l'hôpital cinq mois plus tard.

Il est très amaigri. Pas de fièvre.

Abdomen très distendu, mat à la percussion, sauf au niveau de l'épigastre. On fait le diagnostic d'ascite avec adhérences, péritonéales. La ponction ramène une assez grande quantité de liquide clair ascitique. Mais le malade succombe quelques jours plus tard. A l'autopsie, on voit que le liquide était contenu dans un kyste du pancréas, à parois très minces, d'un volume énorme, ayant envahi toute la cavité abdominale. Son point de départ se trouvait dans la tête de l'organe. Le liquide kystique était clair, sans dépôt, de densité 1.002, possédant les propriétés digestives du sac pancréatique.

OBSERVATION XI

(Savariaud et Réynier. — Société de Chirurgie, juillet, 1909.)

Un homme se présente deux mois après avoir subi une contusion abdominale de moyenne intensité avec une tuméfaction abdominale fluctuante, paraissant en rapport avec la face inférieure du foie et paraissant animée de mouvements péristaltiques, ce qui était dû à la présence de l'estomac vide et aplati au-devant de la tumeur. L'existence de vomissements alimentaires indiquait des troubles de compression de l'estomac. Le diagnostic de M. Savariaud hésite entre kyste hydatique du foie et épanchement traumatique de bile.

L'intervention met à nu un kyste dont la paroi se confond en avant avec l'estomac et qui est constitué au-dessous de ce dernier par le petit épiploon, M. Savariaud pratique une ponction et retire un liquide qui lui fait reconnaître qu'il s'agissait d'un pseudo-kyste de l'arrière-cavité des épiploons. Il y place un gros drain et referme le ventre. La cicatrisation se fit normalement. Cependant, il persista une fistule donnant un liquide clair que l'examen chimique reconnut être du liquide pancréatique. Cette fistule se tarit rapidement dès qu'on soumet le malade au régime diabétique.

CONCLUSIONS

1° Parmi les lésions d'origine traumatique du pancréas, il en est qui méritent une place à part : ce sont les pseudo-kystes.

2° Ces pseudo-kystes peuvent être la conséquence directe du traumatisme, qui a provoqué la solution de continuité des canaux glandulaires, et doivent être classés parmi les lésions traumatiques du pancréas, au même titre que les écrasements, ruptures ou déchirures complètes, hématomes, etc. Ce sont ceux que nous avons étudiés dans ce travail.

3° Mais il semble que certaines formations kystiques, survenant à la suite de traumatismes, et longtemps après, ne peuvent s'expliquer que par l'action secondaire du suc pancréatique et de l'infection microbienne. Ces pseudo-kystes doivent prendre rang parmi les complications tardives du traumatisme.

4° Pour établir le diagnostic de ces affections, il n'est aucun symptôme pathognomonique. Il faut tenir compte surtout des détails de l'accident initial, de la sialorrhée, si elle existe, de l'amaigrissement et de l'évolution en trois périodes, à savoir : période

de réaction locale, période d'amélioration, période de réapparition d'accidents sérieux, accompagnés de tumeurs.

5° Abandonnés à eux-mêmes, les pseudo-kystes traumatiques, par les troubles de compression et la débilitation qu'ils occasionnent, sont d'un pronostic très grave. Mais les progrès de la chirurgie moderne les ont rendus presque bénins, et depuis que, renonçant à l'extirpation, on a recours à la marsupialisation en un ou deux temps, avec drainage à travers la paroi lombaire, si la poche est très volumineuse, la guérison paraît être la règle.

6° La fistule pancréatique, suite opératoire habituelle des pseudo-kystes, guérit généralement d'elle-même, et dans les cas où elle se prolonge, elle est heureusement influencée par le régime antidiabétique.

Vu : le Président de la thèse,

SECOND

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- TULASNE (Ferdinand). — Thèse de Paris, 1899.
FAUCILLON (Eugène). — Thèse de Paris, 1893.
ROUX (J.-B.). — Thèse de Paris, 1891.
ROQUES (Zabulon). — Thèse de Lyon, 1900.
BERTRAND (Gustave). — Thèse de Lyon, 1908.
GAY (Marcellin). — Thèse de Lyon, 1907.
GINET (Marius). — Thèse de Lyon, 1906.
LÉ DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie*.
DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.
VILLAR. — Congrès français de Chirurgie. Bordeaux, 1905.
PICQUÉ et GUINARD. — Société de Chirurgie, juin 1908.
WALTHER. — Société de Chirurgie, juin 1908.
GARRÉ. — Congrès de Chirurgie. Königsberg, 1905.
SAVARIAUD et REYNIER. — Société de Chirurgie, juillet 1909.
BLECHER. — XXXV^e Congrès de la Société allemande de
Chirurgie. Brandebourg.
MARTEL-WIRÈS. — *Loire médicale*, octobre 1909.
VIANNAY. — *Loire médicale*, octobre 1909.
GREENE-CUMSTON. — *In Revue de Chirurgie*, 1903.
HARDOUIN et DAYOT. — *In Revue de Chirurgie*, 1907.

